



La fasciite nécrosante : une complication inhabituelle des stomies

Necrotising fasciitis: an unusual complication of stoma

Pierlesky Elion Ossibi, Siham Benchekroun, Issam Yazough, Karim Ibn Majdoub, Imane Toughrai, Said Ait Laalim, Khalid Mazaz

Service de chirurgie viscérale B, CHU Hassan II, Fès (Maroc)

oselion@yahoo.fr

Résumé

La fasciite nécrosante est une infection rare de la peau et des tissus sous-cutanés profonds, se propageant le long du *fascia superficialis*. C'est une complication exceptionnelle des stomies. Son incidence est de 5 à 10 % aux USA et au Canada [1]. Nous rapportons l'observation d'une patiente opérée d'une fasciite nécrosante à point de départ péri stomiale, survenue à un mois de l'intervention initiale.

Mots-clés

Fasciite nécrosante ; Complication ; Stomie

Abstract

Necrotizing fasciitis is a rare infection of the skin and underlying subcutaneous tissue, taking up the fascia superficialis as well as the adjacent fat tissue. It constitutes a rare complication of stoma with an incidence estimated around 5-10% in the USA and Canada. We hereby report the case of a patient operated for necrotizing fasciitis complicating a stoma, one month after the onset of skin infection surrounding mounted stoma.

Keywords

Necrotizing fasciitis; Complication; Stoma

Introduction

La fasciite nécrosante est une infection rare de la peau et des tissus sous-cutanés profonds, se propageant le long du fascia superficialis [2]. C'est une complication exceptionnelle des stomies. Peu d'études ont été réalisées sur cette complication.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 64 ans, sans antécédent pathologique notable, opérée un mois auparavant d'une hernie crurale étranglée et présentant à l'exploration chirurgicale, une perforation intestinale secondaire à une nécrose du grêle. Une résection grélique puis une iléostomie ont été réalisées. Les suites post opératoires immédiates ont été simples. L'histoire actuelle de la maladie remonte à un mois après l'intervention chirurgicale par la survenue d'une tuméfaction douloureuse autour de la stomie compliquée une semaine plus tard par l'apparition d'un placard d'abord érythémateux puis nécrosé péri stomial, suivi d'une fasciite. L'examen clinique trouve une patiente à l'état général altéré, fébrile à 39,1°C, tachycarde à 100 battements/min, tension artérielle à 90/50 mmHg avec perte de substance cutanée d'environ 12 cm de surface au niveau de la fosse iliaque droite autour d'une stomie rétractée et deux orifices fistulés donnant issue à du pus franc et s'étendant en basi thoracique droit (Fig. 1A et 1B). La biologie montre un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose à 23 750/mm³ et une CRP à 320 mg/l.

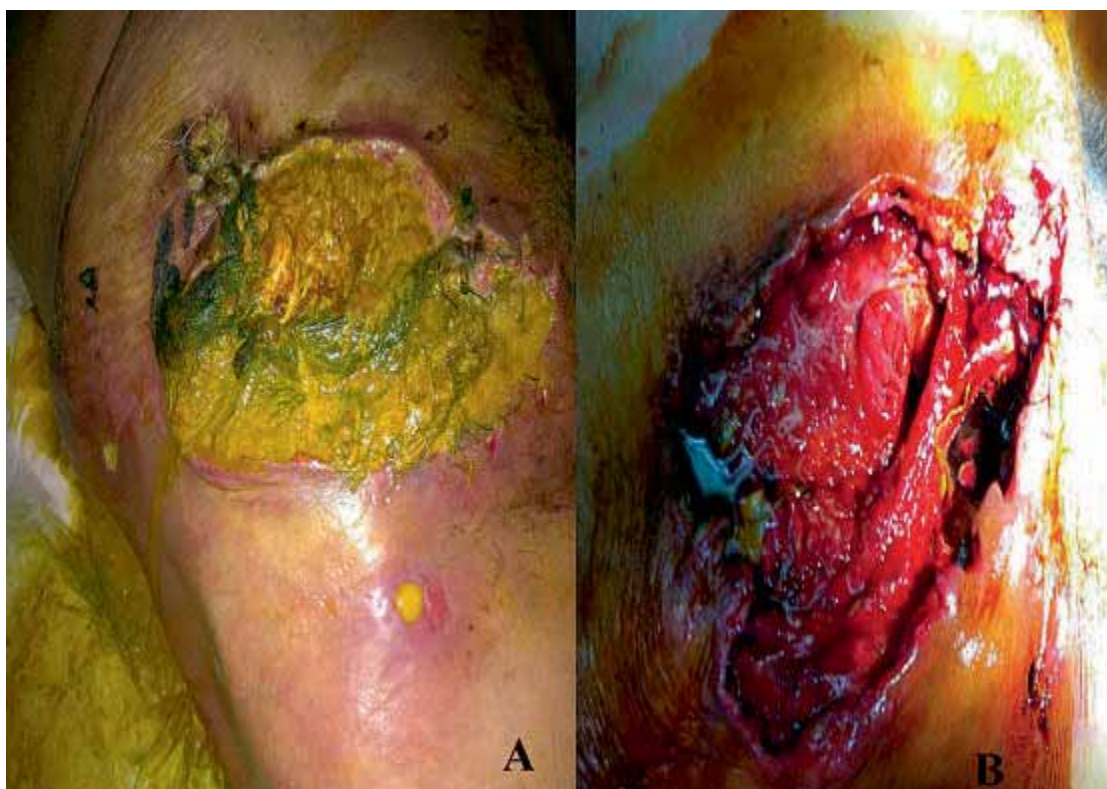


Figure 1

A. Image montrant la fasciite nécrosante à l'inspection

B. Image montrant la fasciite après lavage



Figure 2

Coupe transversale montrant la perte de substance avec des bulles d'air pariétales



Le scanner abdomino-pelvien montre la présence de multiples bulles d'air pariétal abdominal latéralisé à droite communiquant à travers un défaut pariétal avec une collection pelvienne latéro-vésicale atteignant la région latéro-vésicale droite (Fig. 2). La patiente a été admise au bloc opératoire où un drainage de l'abcès associé à un débridement et une exérèse des tissus infectés avec démontage de l'ancienne stomie, une résection du grêle pathologique, puis la confection d'une nouvelle stomie au niveau du flanc gauche ont été réalisés.

L'état de la patiente, admise en réanimation chirurgicale post opératoire s'est dégradé rapidement au premier jour par la survenue d'un choc septique n'ayant pas répondu aux mesures de réanimation.

Discussion

La fasciite nécrosante est une pathologie infectieuse exceptionnelle à pronostic local et général grave avec une mortalité élevée (20 à 40 %) [3]. Le processus touche essentiellement les extrémités, l'abdomen, le dos, les régions génitales et péri anales.

Il existe très peu de données concernant l'épidémiologie des fasciites nécrosantes. Pour les infections invasives à streptocoque A, il a été décrit 5 à 10 % des fasciites nécrosantes aux USA et au Canada [1].

Généralement, c'est une affection causée par le streptocoque du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) [2] mais également par d'autres bactéries. Plusieurs autres causes ont été également décrites dans la littérature [4]. La physiopathologie de cette complication peut s'expliquer par des désunions de la stomie, des folliculites, des fissurations et des ulcérations péri stomiales qui constituent la porte d'entrée des germes et qui va évoluer vers la formation d'abcès péri stomiaux évoluant vers la fasciite nécrosante comme ce fut le cas pour notre patiente.

La chirurgie demeure le seul traitement de la fasciite. En principe, elle est bien codifiée avec un débridage précoce et complet de tous les tissus nécrosés et une excision de tous les tissus atteints [5].

La chirurgie est précédée et suivie d'une antibiothérapie et de mesures de réanimation.

Du fait de la gravité potentielle de ces infections et de l'évolution vers le choc septique, il est important d'hospitaliser ces patients dans une unité de soins intensifs et de mettre immédiatement en route un traitement antibiotique probabiliste actif sur les anaérobies et les bacilles Gram négatifs. Une oxygénothérapie hyperbare peut être éventuellement associée à ce traitement [6].

Sa mortalité atteint 20 à 40 % [3] ; il s'agit d'une affection grave, dont le pronostic peut être amélioré par une prise en charge précoce et adaptée.

Conclusion

La fasciite nécrosante constitue une urgence médico-chirurgicale majeure, en raison de la rapidité de progression de la nécrose fascio-cutanée et de la mortalité élevée. C'est une affection dont les causes sont multiples parmi lesquelles, exceptionnellement, l'iléostomie.

Références

1. Dupont H. Fasciites nécrosantes. MAPAR 2007;527-34.
2. Batya B. Davidovici, Ronni Wolf. Emergencies in Dermatology: Diagnosis, Classification and Therapy. Expert Rev Dermatol 2007;2 (5):549-62.
3. Bassetti S, Piso RJ, Itin P. Infections de la peau et des tissus mous: cellulite, érysipèle et fasciite nécrosante. Forum Med Suisse 2013;13(35): 672-7.
4. Czymek R, Frank P, Limmer S, Schmidt A, Jungbluth T, Roblick U, Bürk C, Bruch HP, Kujath P. Fournier's gangrene: is the female gender a risk factor? Langenbecks Arch Surg 2010; 395(2):173-80.
5. Sorensen MD., Krieger JN., Rivara FP, Klein MB. Wessells H. Fournier's Gangrene: Management and Mortality Predictors in a Population Based Study. J Urol 2009;182(6): 2742-7.
6. Levett D, Bennett MH, Millar I. Adjunctive hyperbaric oxygen for necrotizing fasciitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1.

Liens d'intérêt : aucun